„pro doMMo e. V."
Förderverein zur Erhaltung der Evangelischen Kirche Mittelmeiderich
Auf dem Damm 8 | 47137 Duisburg

www.prodommo.de
www.facebook.com/prodommo
www.instagram.com/prodommo_ev

Ansprechpartner: 1. Vorsitzende Monika Wald
Lakumer Straße 4, 47137 Duisburg
Tel.: 0172 2059765
monika@monika-wald.eu | www.prodommo.de/kontakt

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich, dem Förderverein „pro doMMo e.V.", beizutreten.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ / Wohnort: _____ _____ **Mitglied ab:** ____. ____. 20____

Telefon: (_____) _____

E-Mail: _____

Hinweise:

- Satzungsgemäß ist der **Austritt nur zum Jahresende**, durch eine **schriftliche Erklärung bis zum 30. September** des ablaufenden Jahres gegenüber dem Vorstand, möglich.
- Ab dem **25. Mai 2018** gelten die Vorschriften nach der **neuen Datenschutz-Grundverordnung** (DS-GVO) und das neue Bundesdatenschutzgesetzt (BDSG), deren Einhaltung auch für den Förderverein pro doMMo e. V. verpflichten sind.

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich möchte:

den monatlichen Vereinsbeitrag von ☐ 5,- €
einen monatlichen Beitrag von ☐ 10,- €
einen monatlichen Beitrag von ☐ 15,- €
einen monatlichen Beitrag in Höhe von ☐ _____ € entrichten

Die Mitgliedsbeiträge werden ausschließlich im Lastschriftverfahren eingezogen.

Ich wünsche:

☐ einen *jährlichen* Beitrags-Einzug am *15. März* des Jahres
☐ einen *halbjährlichen* Beitrags-Einzug am *15. März* und am *15. September* des Jahres
☐ eine Jahresspendenbescheinigung über den eingezahlten Mitgliedsbeitrag und Spenden.

Ort / Datum Unterschrift

Vereins - Kontoverbindung

Sparkasse Duisburg
IBAN DE54 3505 0000 0202 0201 11
BIC DUISDE33XXX

SEPA -Lastschriftmandat
Gläubiger -Identifikationsnummer DE36ZZZ00000268981
Mandatsreferenz (wird Ihnen von pro doMMo mitgeteilt)

Ich ermächtige den Förderverein pro doMMo e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Förderverein pro doMMo e. V." auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) — *sofern abweichend*

Straße und Hausnummer — *sofern abweichend*

Postleitzahl und Ort — *sofern abweichend*

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort / Datum Unterschrift des Kontoinhabers / Zahlungspflichtigen